

Einheitliches Vergütungssystem

KBV: Gleicher Tarif für Klinik und Praxis

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung strebt ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre Leistungen an. Damit sollen die sektoralen Budgets überwunden werden.

Dass das Geld der Leistung folgen soll, halten alle für eine gute Idee. Dass der tatsächliche Versorgungsbedarf der Bevölkerung der Maßstab für die Bemessung der GKV-Ausgaben sein sollte, ist gleichfalls unbestritten. Doch die Verhältnisse liegen anders: Willkürlich festgelegte sektorale Budgets schotten die Leistungsbereiche voneinander ab – sowohl die Krankenhäuser als auch die niedergelassenen Ärzte kommen mehr schlecht als recht über die Runden.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in einem einheitlichen Vergütungssystem für ambulante und stationäre Leistungen. Momentan scheinen die Rahmenbedingungen für eine derartige Angleichung recht günstig, denn während die KBV an einem neuen, betriebswirtschaftlich kalkulierten EBM arbeitet, stehen die Krankenhäuser vor der Aufgabe, bis zum Jahr 2003 ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem einzuführen.

Regelleistungsvolumina sollen die Menge steuern

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, verbindet mit einer gemeinsamen Vergütungsstruktur von ambulanten und stationären Leistungen die Hoffnung, die ungeliebten sektoralen Budgets durchbrechen zu können. Nach seinen Vorstellungen sollen nicht nur die derzeit unterschiedlichen Benennungen, Beschreibungen und Bewertungen von

medizinischen Leistungen in Klinik und Praxis vereinheitlicht werden. Am Ende der Entwicklung sollen vielmehr die so genannten Regelleistungsvolumina die Vergütungshöhe im stationären und ambulanten Sektor bestimmen. Vereinfacht ausgedrückt umfassen Regelleistungsvolumina eine



Erste Diskussion im Rahmen des Hauptstadtkongresses in Berlin. Offizielle Verhandlungen folgen im September dieses Jahres.

Foto: Johannes Aevermann

vorab definierte Menge regelmäßig erbrachter Leistungen zu festen Preisen. Übersteigt die Leistungsmenge den vorher festgesetzten Rahmen, werden die „überschießenden“ Leistungen nur noch im geringeren Maße abgestaffelt vergütet.

Zu einer ersten öffentlichen Diskussion über diesen Ansatz kam es nun im Rahmen des Hauptstadtkongresses „Medizin und Gesundheit“ in Berlin. Stefan Achner, Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), sieht jedoch einen „konkreten Handlungsbedarf“ für ein einheitliches Vergütungssystem lediglich bei den ambulanten Operationen und den sonstigen stationärsersetzenden Eingriffen. Nach den Bestimmungen der Gesundheitsreform muss die

Selbstverwaltung bis zum Ende des Jahres eine Vereinbarung getroffen haben. Die DKG, sagte Achner in Berlin, werde sich bei der Erarbeitung des neuen Entgeltsystems an den australischen DRG (Diagnosis Related Groups) orientieren. Dieses Patientenklassifikationssystem sei modern, gut geeignet und böte sich auch für den ambulanten Bereich an.

Die Vorentscheidung der Krankenhausgesellschaft für die australischen DRG bedeutet jedoch nicht zwangsläufig das Aus für ein einheitliches Vergütungssystem. Richter-Reichhelm verwies in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit, die neue EBM-Grundlage (das schweizerische Tarmed-Modell) als Kalkulationsgrundlage für die Ermittlung der Bewertungsrelationen auch für stationäre Leistungen heranzuziehen. Ein solches Verfahren – gekoppelt mit Mengen begrenzenden Regelleistungsvolumina – würde

zumindest einem gemeinsamen Ziel entgegenkommen: keine unbegrenzten Leistungen mehr für begrenztes Geld. Unschwer liegt da aber auch der Konflikt zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundes-

ärztekammer, brachte dies folgendermaßen auf den Punkt: „Es ist alles in Ordnung, solange nicht der Eindruck aufkommt, man wolle einen Topf zu lasten des anderen füllen.“

Dennoch sieht Hoppe in einem einheitlichen Vergütungssystem „keinen richtigen Streitpunkt“. Wichtiger seien jedoch strukturelle Änderungen – allen voran eine gemeinsame Selbstverwaltung für die stationäre und ambulante ärztliche Versorgung.

Ob eine einheitliche Vergütungsordnung ein Schritt in diese Richtung sein kann, dürfte sich im Spätsommer entscheiden. Dann nämlich stehen erste offizielle Verhandlungen zwischen der KBV und der DKG über die Organisation der Schnittstellen zwischen Klinik und Praxis an. Josef Maus